

364

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1901

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 15 Mai 1901, à 1 heure

PAR

M. HUCHON

Né à Fours (Nièvre), le 13 décembre 1875

Ancien interne des hôpitaux de Clermont-Ferrand

et de Saint-Germain-en-Laye

Ancien prosecteur de l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ATRÉSIES VAGINALES

ET DE LEUR

RAPPORT AVEC LA GROSSESSE

Président : M. PINARD, professeur.

Juges : MM. TERRIER, professeur.

BROCA (Aug.) et VARNIER, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

Imprimerie de la Faculté de Médecine

L. BOYER

15, RUE RACINE, 15

1901



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1901

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 15 Mai 1901, à 1 heure

PAR

M. HUCHON

Né à Fours (Nièvre), le 13 décembre 1875

Ancien interne des hôpitaux de Clermont-Ferrand

et de Saint-Germain-en-Laye

Ancien prosecteur de l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

ATRÉSIES VAGINALES

ET DE LEUR

RAPPORT AVEC LA GROSSESSE

Président : M. PINARD, professeur.

Juges : MM. TERRIER, professeur.

BROCA (Aug.) et VARNIER, agrégés.

ACAD.

UNION

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

Imprimerie de la Faculté de Médecine

L. BOYER

15, RUE RACINE, 15

1901

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. BROUARDEL.

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.....	FARABEUF
Physiologie.....	CH. RICHEL
Physique médicale.....	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutiques générales.....	BOUCHARD
Pathologie médicale.....	HUTINEL
	BRISAUD
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE
Anatomie pathologique.....	CORNIL
Histologie.....	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils.....	BERGER
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET
Thérapeutique.....	LANDOUZY
Hygiène.....	PROUST
Médecine légale.....	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie...	N...
Pathologie expérimentale et comparée.....	CHANTEMESSE
	JACCOUD
Clinique médicale.....	HAYEM
	DIEULAFOY
	DEBOVE
	GRANCHER
Clinique des maladies des enfants.....	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	JOFFROY
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER
Clinique des maladies du système nerveux.....	RAYMOND
	TERRIER
Clinique chirurgicale.....	DUPLAY
	LE DENTU
	TILLAUD
Clinique ophtalmologique.....	PANAS
Clinique des maladies des voies urinaires..	GUYON
Clinique d'accouchement.....	BUDIN
	PINARD
Clinique gynécologique.....	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.....	KIRMISSON

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.	MM.	MM.
AÇHARD	DESGREZ	LEGUEU	TEISSIER
ALBARRAN	DUPRE	LEJARS	THIERY
ANDRÉ	FAURE	LEPAGE	THIROLOIX
BONNAIRE	GAUCHER	MARFAN	THOINOT
BROCA Auguste	GILLES DE LA	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA André	TOURETTE	MÉNÉTRIÉ	VARNIER
CHARRIN	HARTMANN	MÉRY	WALLICH
CHASSEVANT	HEIM	REMY	WALTER
DELBET	LANGLOIS	ROGER	WIDAL
	LAUNOIS	SEBILEAU	WURTZ

Chef des Travaux anatomiques..... M. RIEFFEL

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES PARENTS

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

Professeur de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Paris

Membre de l'Académie de médecine

Chevalier de la Légion d'honneur

Avant-Propos

Au début de notre thèse, nous sommes heureux de remercier les maîtres que nous avons eus au cours de nos études.

Nous adressons l'expression de notre gratitude à MM. Bousquet, directeur de l'Ecole de médecine de Clermont, et du Cazal, professeur de clinique interne.

Nous conservons aussi une profonde reconnaissance à M. le docteur Tixier, professeur d'anatomie, dont nous avons été le prosecteur, ainsi qu'aux docteurs Fouriaux, Dourif, Gagnon, Maurin, Planchard, Dubois, Lepetit et Gautrez.

Que M. le docteur Bide, qui, durant nos deux années d'internat à l'hôpital de Clermont, fut pour nous plus qu'un maître mais un ami, reçoive l'expression de notre gratitude.

A Paris nous avons eu l'honneur de faire notre stage spécial chez M. le professeur Pinard et M. le docteur Comby. Leurs leçons nous serviront de guide dans notre carrière médicale.

Enfin pendant cette dernière année que nous venons de passer à l'hôpital de St-Germain, sous l'habile direction de MM. Levêque et Lamarre, nous avons commencé à mettre en pratique nos connaissances théoriques.

Notre maître, M. le professeur Pinard, a bien voulu accepter la présidence de notre thèse, nous lui sommes respectueusement reconnaissant du grand honneur qu'il nous a fait.



Introduction

Pendant notre dernière année d'études, que nous avons passée comme interne à l'hôpital de St-Germain, nous avons eu l'occasion d'observer un cas d'atrésie du vagin au cours de la grossesse. La rareté du fait, l'heureuse issue de la grossesse et de l'accouchement pour la mère et l'enfant, les indications auxquelles elle a donné lieu au point de vue du traitement, telles sont les raisons qui nous ont encouragé à prendre cette observation soigneusement et à en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Nos recherches dans la littérature médicale nous ont fourni peu de cas semblables et nous croyons que notre observation est la seule connue, aussi bien à l'étranger qu'en France, qui relate pour une atrésie du vagin, une opération césarienne suivie d'hystérectomie abdominale totale.

Laissant de côté les atrésies congénitales « sujet déjà traité par M. Delaunay. Th. de Paris, 1877 », nous n'envisagerons que les atrésies acquises ayant quelque rapport avec une grossesse.

Après nous être occupé brièvement de l'historique, qui d'ailleurs est restreint, nous envisagerons successivement l'étiologie, la fréquence et la pathogénie de ces lésions; puis les symptômes feront le sujet d'un chapitre spécial; enfin les conséquences et les complications mériteront toute notre attention car elles soulèvent une question palpitante d'intérêt, la vie de la mère et de l'enfant. Nous chercherons à établir, bien que les documents nous manquent un peu à ce sujet, l'intervention qui nous semble préférable dans de pareilles circonstances.

Avant d'aller plus loin nous sollicitons l'indulgence de ceux qui liront ce travail et nous les prions de tenir compte des nombreuses recherches qu'il nous a coûtées.



Historique

Les atrésies de l'appareil génital de la femme ont été connues de tout temps ; toutefois la plupart des auteurs ne s'occupent que des lésions congénitales et laissent de côté les sténoses accidentelles. On peut se demander si cette pénurie de documents tient à la rareté de la lésion ou au peu d'importance que les accoucheurs y attachent. La première hypothèse est la plus vraisemblable.

Hippocrate parle de la *matrice bouchée* et les expressions dont il fait usage nous portent à croire qu'il s'agit d'atrésie acquise ; mais, comme tous les auteurs qui ont envisagé cette question, il ne semble s'occuper que des lésions vulvaires « *De his qui uterum non gerunt seu de sterilitate* ».

Aristote, y consacre un chapitre tout entier dans son livre « *De generatione. lib. IV cap. IV* ». Lui non plus ne connaît pas les imperforations situées dans le vagin.

Celse, Pline, Galien ne s'occupent que des malformations congénitales.

Sennert distingue l'adhésion des grandes lèvres, l'occlusion du vagin ou du col de la matrice et l'imperforation de l'hymen « *Lib. IV cap. III* ». Riverius, en recherche les causes et admet la division moderne des atrésies en congénitales et accidentelles.

Au XI^e siècle, Avicenne, médecin arabe, indique comme traitement la déchirure avec les doigts.

Albucasis admet la même division que Sennert ; au traitement du précédent il ajoute l'incision au bistouri et recommande ensuite de fréquents coïts.

Au XVI^e siècle Dalechamps, signale des atrésies vaginales « qui empeschent à enfanter. »

Puech, enfin en 1864, dans un travail important ne consacre que quelques lignes à ces sortes d'accidents.



Étiologie — Fréquence

Toute cause amenant l'irritation, l'inflammation des parois vaginales, peut entraîner pour plus tard des sténoses ou atrésies du vagin plus ou moins prononcées.

Dans les conditions physiologiques, c'est-à-dire en l'absence de tout corps étranger, ce conduit musculo-membraneux qui réunit l'utérus à la vulve n'existe qu'à l'état virtuel. Les parois antérieure et postérieure s'appliquent directement l'une sur l'autre. Il est donc tout naturel qu'après la chute d'escarres ou la destruction de la muqueuse par une cause quelconque, ces parois en contact immédiat l'une avec l'autre s'accolent et déterminent une occlusion plus ou moins complète.

Le plus souvent c'est à la suite d'un accouchement laborieux que la muqueuse se sphacèle. Tantôt la mortification gagne toute l'épaisseur des parois et la sténose consécutive est compliquée de fistule urinaire ou fécale ; tantôt l'escarre n'est que superficielle

et c'est la rétraction inodulaire de la cicatrice qui causera plus tard la dystocie ; parfois enfin il y a immédiatement réunion secondaire. Le médecin ou la sage-femme sont tout surpris d'être appelé auprès d'une femme en travail qui a eu plusieurs accouchements normaux et chez laquelle aujourd'hui le toucher vaginal est impossible. Les cas de ce genre sont nombreux ; nous citerons l'observation de Galabin dont nous donnons un résumé :

Femme de 38 ans, accouchement précédent laborieux, suivi de fistule vésico-vaginale, puis oblitération cicatricielle du vagin permettant seulement l'introduction du petit doigt. Une grossesse survint trois ans après. L'opération césarienne fut pratiquée en pleine infection au Gys Hospital six jours après le début du travail. Hémorrhagie mortelle. L'enfant avait succombé.

« Journal de la Société obstétricale de Londres, 1877 »

Le docteur Manuel Muro y Arrivillaga a rapporté l'observation d'une femme qui, à la suite d'un accouchement laborieux, eut une inflammation des organes génitaux et un écoulement qui dura six mois. Au deuxième accouchement le docteur Muro disséqua un conduit de deux centimètres de haut sur trois de large, mais l'extraction du fœtus malgré son petit volume nécessita une embryotomie

Nous trouvons dans la Revue des Sciences Médicales, n° 65, le fait suivant signalé par Schauta :

Femme de 33 ans. Premier accouchement difficile, neuf ans avant. Début du travail date de 17 jours. Depuis huit jours l'enfant ne remue plus et pas de battements cardiaques, atrésie complète au-dessus de l'entrée du vagin. On passe une sonde, puis le doigt à travers la cloison, ensuite une opération césarienne est pratiquée. Mais en incisant l'utérus on tombe sur le placenta. De plus le fœtus est macéré, le liquide est vert, on craint l'infection et on fait l'opération de Porro.

Ces cas sont encore assez fréquents, puisque Kasch de New-York, qui a réuni 36 faits d'occlusion vaginale, a établi que l'accident était la conséquence d'un accouchement long et pénible dans quinze cas. « Churchill — *Maladies des femmes*. »

Nous nous trouvons parfois en présence de femmes ayant des écoulements vaginaux causés soit par un liquide virulent qui s'échappe de l'utérus « vaginite simple, » soit par le contact du pus blennorrhagique « vaginite gonococcique. » Le plus souvent ces femmes en sont quitte pour un traitement approprié qui dure quelques semaines, mais parfois cette affection passe à l'état chronique, devient une véritable leucorrhée vaginale et nous pouvons avoir des sténoses consécutives. Cela est très rare, dira-t-on, cependant M. Bar nous rapporte le fait suivant :

Le 21 avril 1894 entre dans mon service une femme de 35 ans qui pendant douze ans avait eu des rechutes de blennorrhagie et de cystite. Une foule de traitements ont été faits. Elle eût de l'atrésie du vagin et par le toucher on ne trouve plus à ce canal sa souplesse ordinaire. Cette femme est en travail et à terme. La dilatation est complète au bout de 36 heures. Enfant volumineux en O I G P. La tête ne descend pas, on fait un forceps. Les parois vaginales sont appliquées sur la tête de l'enfant. Rotation pénible. A ce moment un peu de sang s'écoule en avant de la tête et au moment de l'extraction un caillot est expulsé en avant du cou. Après le dégagement du tronc et la délivrance je constate une déchirure de trois centimètres de long, oblique, allant du cul-de-sac postérieur gauche à la partie latérale droite du vagin. Celui-ci était divisé sur toute son épaisseur et les deux parois de la vessie également. On dut faire une laparotomie. Sutures. Guérison.

Les suppurations péri-vaginales peuvent avoir une influence néfaste sur les grossesses qui les suivent. Les abcès, qui se collectent, peuvent s'ouvrir dans le vagin spontanément ou par la volonté du chirurgien et amener après leur guérison une cicatrice dont les tissus se rétractent plus tard.

Hubert de Louvain dans son traité d'accouchement parle d'une femme de Louvain qui avait le vagin tellement rétréci par un anneau fibreux situé à six millimètres de la vulve

qu'il ne put introduire que l'extrémité du doigt. A la suite d'un premier accouchement elle avait eu un phlegmon intrapelvien, l'abcès s'était ouvert dans le vagin. Elle se fit examiner au sixième mois de sa seconde grossesse. A l'accouchement on dut sectionner la bride.

A la suite d'une maladie infectieuse, telle que variole, diphtérie, fièvre typhoïde ou syphilis, nous voyons parfois survenir du gonflement suivi de suppuration ou de gangrène des grandes lèvres. Cette complication, rare il est vrai, mais qui a été observée, peut être rangée parmi les causes d'atrésie acquise de l'appareil génital. Le mécanisme en est toujours le même ; des escarres se forment, tombent et nous nous trouvons en présence d'une plaie qui déterminera une cicatrice. Schauta nous a rapporté un cas de ce genre à la suite d'une scarlatine :

Femme de 32 ans. Rétrécissement cicatriciel remontant à une scarlatine. Travail commencé. Enfant vivant. Une opération de Porro est décidée. La tête étant au détroit supérieur Schauta doit renoncer à lier l'utérus avant de l'inciser. Peu d'hémorragie. Traitement extra-péritonéal du pédicule.

Signalons enfin dans l'étiologie une affection qui a changé plusieurs fois de dénomination et que les anciens, se basant sur son caractère envahissant et

rôngeur, appelaient esthiomène (εσθιον manger). Plus tard par suite de sa ressemblance au loup de la face on l'appela le loup de la vulve. Aujourd'hui, on en fait une affection tuberculeuse. « *Diction. des Sciences médicales : Art. vulve.* »

Aux manifestations spécifiques, que nous avons signalées en parlant des maladies infectieuses, nous devons ajouter les ulcérations dues au séjour prolongé d'un corps étranger. A la longue, l'irritation produite autour de ce corps détermine des fongosités, des ulcérations dont la rétraction cicatricielle peut atrésier le vagin. « *Lisfranc. Cliniques chirurgicales de l'hôpital de la Pitié. Paris, 1841-1843.* »

Nous arrivons maintenant à l'étiologie qui loin d'être la plus fréquente est toutefois pour nous la plus intéressante ; nous voulons parler des tentatives d'avortement ; c'est ici que vient se placer le fait que nous avons observé. Dans la littérature médicale les cas de ce genre sont rares ; ce qui se comprend facilement lorsqu'on songe à tous les procédés moins dangereux, qui malheureusement sont au pouvoir des femmes enceintes. Dans les observations que nous avons pu relever nous voyons survenir des accidents de sténose ou d'atrésie à la suite d'injections vaginales caustiques ; le degré et l'intensité des lésions sont en rapport avec le pouvoir corrosif du liquide employé. La plupart des traités s'occupant de la matière citent comme première en date l'observation de Lombart,

de Genève, communiquée par Guérin et relatée dans les Archives de Médecine, 1831, t. V :

Femme de 36 ans, mère de quatre enfants, devient enceinte pour la cinquième fois. Au moment de l'accouchement la sage-femme veut pratiquer le toucher et ne peut pénétrer jusqu'à l'utérus. Un obstacle insurmontable à peu de distance du vagin l'en empêche. Les chirurgiens sont appelés, ils reconnaissent que immédiatement en arrière du méat et de la fourchette il existait une cloison charnue, épaisse, qui divisait le vagin en deux. Au travers on sentait obscurément la tête de l'enfant poussée à chaque contraction utérine. On pratique un débridement vaginal ; un flot de liquide sanguinolent s'échappe aussitôt et on reconnaît que les parois antérieure et postérieure de la vessie ont été intéressées dans la section ; la matrice est alors accessible au doigt. La dilatation de l'orifice est encore peu considérable. On attend dans l'espoir que l'accouchement pourra se terminer naturellement, mais quelques heures s'écoulent sans résultat ; la femme meurt. On pratique l'opération césarienne dans l'espoir de sauver l'enfant, cet espoir est encore déçu.

A l'autopsie on trouva l'abdomen rempli de caillots sanguins, il existait une rupture utérine. Le vagin, outre la cloison transversale qui l'oblitérait, présentait de nombreuses lésions au col de l'utérus ; il avait en quelque sorte disparu et la vessie était en contact avec le rectum.

Cette oblitération avait pour cause une injection vaginale d'un demi-litre d'acide sulfurique que la malheureuse avait faite dans le but de se faire avorter ; des douleurs abdomi-

nales atroces, la tuméfaction des parties génitales externes; de la difficulté d'uriner, plus tard la chute de plusieurs eschares, etc., en furent la conséquence, mais la grossesse suivit son cours.

Dans le traité de Jacquemier on trouve rapporté un cas de Casse où une femme avait cherché l'avortement avec une solution de cendre « carbonate de soude », résultats : adhérence complète du col utérin aux parois vaginales ; l'accouchement fut terminé par une incision sur les parois de l'utérus.

Monsieur le professeur Pinard a observé le fait suivant à la Maternité de Lariboisière : « Jeune femme ayant déjà accouché, amenée en travail ; on trouve une oblitération complète du vagin siégeant à sa moitié supérieure (cette femme s'est faite tous les jours, pendant un mois, des injections de vinaigre pour se faire avorter, au troisième mois de sa grossesse) ; pendant la période d'expulsion, le professeur Pinard remarqua qu'en un endroit la membrane cicatricielle était très mince ; il la perfora avec l'hystéromètre, puis dilata l'ouverture avec les doigts et l'accouchement se fit sans accident ; on put constater ensuite la persistance d'un diaphragme cicatriciel, irrégulier, au niveau de l'atrésie primitive ». Pozzi, Traité de Gynécologie.

Gallois, dans le Dauphiné médical de 1891, publia l'observation suivante : Le 14 octobre 1891, Rose X... entre à la Maternité. En travail depuis le 11 à minuit ; les douleurs

ont sensiblement diminué depuis la veille et les contractions utérines sont à peu près nulles à l'entrée.

Antécédents : 16 mois avant, accouchement à terme normal ; deux points de suture pour déchirure de la commissure postérieure. Elle a été réglée cinq fois depuis. Examen le 14 octobre : Taille 1 m. 51, squelette normal. Vulve normale. Palper : Ventre moyennement développé ; tête engagée en gauche. Auscultation : Bruits du cœur normaux, à gauche, au-dessous de l'ombilic. Toucher : A cinq centimètres de la vulve le doigt est arrêté par un cul-de sac ; il n'y a pas trace de col ; on sent vaguement la tête à travers une cloison épaisse. Au spéculum on voit une petite cicatrice triangulaire, dure, inextensible avec des cordons rayonnant autour. Le traitement consiste en débridements suivis d'une application de forceps. L'enfant fut amené vivant ; il pesait 2,680 grammes. Les suites de couches furent normales. La malade quitta l'hôpital le 28 octobre sans exagération de la sténose vaginale. Il existait dans le vagin une ouverture de trois centimètres de diamètre par où l'on parvenait sur un col déchiqueté, cicatrisé et adhérent au vagin.

La cause de ces lésions étaient des injections vaginales d'ammoniaque au début de la grossesse.

OBSERVATION de Kessler. — Primipare de 30 ans ; depuis deux ans elle souffrait d'un écoulement vaginal. Quelques semaines après être devenue enceinte, elle eut à la suite de pratiques abortives de violentes hémorrhagies et des douleurs abdominales avec fièvre. Le terme de la grossesse a été atteint et depuis quatre jours elle a des douleurs

expulsives. Le bassin est normal ; le vagin ne laisse pénétrer le doigt que sur un parcours de cinq centimètres ; à cette profondeur se trouve une cicatrice transversale avec bourrelet ; le col n'est pas atteint ; par le rectum on sent la tête dans l'excavation. Il fut fait une incision circulaire de la cicatrice sur trois ou quatre centimètres de long et un centimètre d'épaisseur ; il fallut employer des pinces et des ciseaux de Cowper pour frayer au doigt un accès jusqu'à la tête. L'accouchement ne fit pas de progrès. Le lendemain on donna du chloroforme pour agrandir les incisions et on appliqua le perforateur et le cranioclaste ; le dégagement fut lent, mais facile. 17 jours après la malade quitta l'hôpital allant bien mais le rétrécissement se reproduisait.



Observation personnelle

Marie R. . . , âgée de 26 ans, sans profession, entre le 26 septembre, à 10 heures du soir, à l'hôpital de St-Germain-en-Laye, dans le service de chirurgie de M. le Dr Lévêque.

Sans antécédents héréditaires, cette personne s'est toujours bien portée. Elle a marché à dix mois, sa constitution est excellente, son squelette est normal. Elle a été réglée à 13 ans, toujours d'un façon irrégulière, sans métrorrhagies ni ménorrhagies.

La malade se marie le 12 mai 1900 ; ses règles supprimées durant près de trois ans reparurent le 8 avril puis le 12 mai et durèrent cinq jours.

Dès son entrée on examine la malade qui souffre horriblement de brûlures de l'appareil génital. La malheureuse a subi une injection d'acide sulfurique pur. Après avoir constaté que la vulve, y compris le pénil, le périnée, la région interfessière et la région fessière elle-même, avaient été atteints par la caustique, il est procédé sommairement à l'interrogatoire de la malade qui se déclare enceinte ; ses règles n'ont pas reparues depuis le 12 mai. Elle est primipare et n'a pas encore perçu les mouvements actifs de l'enfant. Une sonde de Petzzer fut introduite immédiatement dans la vessie afin d'assurer l'évacuation de l'urine, puis les brûlures furent recouvertes d'une pommade calmante.

Les jours suivants des bains furent donnés afin de soulager les douleurs et de faciliter la chute des escarres. Chaque selle est excessivement douloureuse et tous les deux jours on est obligé d'administrer un lavement que la malade rend au milieu de souffrances atroces. Au bout de quinze jours les bains journaliers sont supprimés car les escarres sont détachées et on commence à voir clair au milieu de cette masse grisâtre et putrilagineuse qui représentait la vulve à l'entrée de la malade à l'hôpital. La plaie s'étend de la partie médiane du mont de Vénus jusqu'à la partie supérieure du sacrum en recouvrant le périnée, l'anus et une partie du siège surtout à gauche. Il n'existe plus ni grandes ni petites lèvres, ni clitoris, ni fourchette, on n'aperçoit que l'orifice du méat où se trouve la sonde de Petzzer. Le vagin est alors examiné. Il semble ne pas exister : car son tubercule est accolé à sa paroi postérieure. Une sonde cannelée est cependant introduite ; elle parcourt un canal primitivement virtuel qui va en se rétrécissant sur une longueur de cinq centimètres environ sans toutefois arriver à une occlusion complète. Cet examen n'est pas poussé trop loin ; on craint en effet d'atteindre l'utérus, lequel jusqu'à ce jour n'a présenté aucune contraction douloureuse.

Le 22 octobre, une sonde de Petzzer est introduite dans le rectum dont on redoute l'oblitération. Cette sonde est enlevée puis remise après l'administration des lavements. Le 22, sont également commencés des pansements à l'acide picrique.

Le 24 octobre, est retirée la sonde de Petzzer qui se trouve dans la vessie et la malade est sondée trois fois par jour. A cette même date on perçoit nettement les battements du cœur de l'enfant.

Depuis son entrée, la malade n'a pas eu de fièvre, son pouls a été normal et les urines, peu abondantes il est vrai, n'ont contenu que de légères traces d'albumine.

Elle perçoit pour la première fois à la fin d'octobre les mouvements actifs de l'enfant.

Les douleurs n'ont guère diminué ; elles sont localisées dans le ventre et la région anale ; elles surviennent par crises non seulement au moment où un lavement est administré et où la malade va à la selle, mais même durant la nuit. Sous une influence sans doute réflexe, la vessie se contracte à ces moments là et l'urine s'écoule involontairement. Les piqures de morphine sont faites pour soulager la malade et permettre à son entourage de reposer.

Le 7 janvier, on tente une nouvelle exploration du vagin et on constate que des adhérences se sont produites entre ses deux parois ; on essaye sans succès de passer une bougie d'Hégar, mais on parvient à introduire un hystéromètre ordinaire, avec lequel on rompt les néoformations qui cloisonnent le vagin. Après avoir parcouru ainsi cinq centimètres environ, l'instrument arrive dans une cavité où son extrémité se meut librement. A ce moment s'écoulent quelques mucosités blanchâtres teintées de sang. Dans ce vagin récréé est introduit une sonde de Bozeman et une injection vaginale est administrée. Un drain en croix est placé dans la cavité afin d'empêcher l'accolement des parois ; mais la malade ne peut le conserver ; à chaque garde-robe les contractions des muscles constricteurs du vagin sont si fortes que le drain est expulsé. On se contente d'une mèche mise à demeure.

Durant tout ce temps la grossesse a suivi son cours sans

incident, toutefois la malade a pris l'habitude de se coucher sur le côté droit afin de ne pas reposer sur sa fesse gauche qui est la plus brûlée. L'utérus favorisé dans sa tendance à se développer à droite occupe la fosse iliaque, le flanc et l'hypochondre droits. Il remonte jusque sous le foie ; sa hauteur est de 33 centimètres. Ces détails sur sa situation trouveront leur raison d'être lorsque nous parlerons de l'opération.

Par le palper on a fait le diagnostic suivant : présentation de l'extrémité céphalique en droite transverse sans engagement. Le foyer d'auscultation est à droite de la ligne médiane et en avant.

Depuis longtemps tout espoir d'accouchement par les voies naturelles avait été perdu, quel qu'eût été l'époque de la grossesse ; la rétraction cicatricielle, qui a modifié si profondément le vagin, l'orifice vulvaire et le périnée, eût rendu leur ampliation complètement impossible.

Inutile de songer à l'introduction d'un instrument, même si l'enfant eût été mort et que l'on eût voulu broyer la tête. Sur un parcours de cinq centimètres environ, le vagin ne permettait pas l'entrée d'un corps ayant plus de 6 millimètres de diamètre. Dans ce cas il n'y avait pas à hésiter. L'opération césarienne seule offrait le salut à la mère et l'enfant ; elle fut donc décidée et fixée au 10 février ; mais dans la nuit du 8 au 9 je suis appelé auprès de la malade à une heure du matin et je constate un début de travail. Les contractions utérines douloureuses surviennent toutes les cinq minutes. Mon chef est prévenu ; tout est préparé pour l'opération qui a lieu le 9 février à 10 h. du matin.

Le chloroforme fut donné par mon collègue, M. Rigal, et

j'assistai directement l'opérateur, M. Lévêque ; étaient présents les docteurs Lamarre, Grandhomme, Bonnemaison, Moret et Farganel. La malade fut placée sur le plan incliné et l'opération se passa d'une façon absolument normale. Les détails en ont été communiqués par M. le docteur Lévêque à la société de chirurgie « séance du 17 avril 1901 ». Je dirai simplement que l'utérus fut ramené sur la ligne médiane, l'incision fut faite sur la face antérieure et il n'y eut pas d'hémorrhagie ; l'emploi d'aucune valve n'a été nécessaire.

L'enfant fut extrait tête première et se mit immédiatement à crier. L'opération césarienne fut suivie de l'hystérectomie abdominale totale. Les jours suivants la mère eut peu de vomissements ; son pouls et sa température restèrent en discordance pendant quelques jours, ce qui nous causa quelque inquiétude. Le 17 février tout danger était écarté. La morphine à laquelle la malade était habituée fut continuée jusqu'à cette date ; le rétablissement de la mère n'était plus qu'une question de temps, aujourd'hui elle se lève, marche et mène la vie commune. Les cicatrices qui s'étaient ulcérées par suite de son séjour en décubitus dorsal après l'opération sont complètement fermées et ne la gênent en rien. Son sphincter anal fonctionne très bien.

Les souffrances de la mère et son long séjour au lit ont en leur répercussion sur l'enfant qui à sa naissance ne pesait que 2080 grammes ; mis au sein chez une bonne nourrice, il a augmenté en moyenne de 22 grammes par jour et aujourd'hui 21 avril son poids est de 3660 grammes.

Symptômes

Les atrésies acquises du vagin donnent lieu à deux ordres de symptômes, les uns rationnels nous sont fournis par l'interrogatoire de la malade, les autres physiques nous sont donnés par l'examen direct des parties génitales. Les seconds sont naturellement pour nous les plus importants.

En questionnant la parturiente sur ses antécédents personnels, nous apprenons qu'à la suite d'une variole, d'une fièvre typhoïde, elle a eu de la gangrène de la vulve, d'une partie du vagin, qu'elle a eu la syphilis accompagnée d'ulcérations de la muqueuse vaginale. Parfois un accouchement antérieur s'est montré excessivement laborieux. Après son rétablissement la femme n'a rien remarqué d'anormal dans sa vie ; les règles se sont écoulées comme par le passé, le coït s'est effectué sans difficulté et c'est une surprise pour elle de ne pas accoucher cette fois-ci aussi facilement qu'à la suite de ses grossesses antérieures. Cet étonnement devient chez elle de l'inquiétude lorsque sa précédente couche a été longue et difficile.

Ceci est un premier degré ; il en est un second où l'écoulement des règles est au contraire pénible, où les rapports sexuels sont très difficiles. Une grossesse est cependant survenue. Dans les deux circonstances l'accoucheur appelé se trouve en face d'un cas spécial de dystocie.

L'interrogatoire de la malade ne peut guère nous donner plus de renseignements, l'examen de la vulve puis du vagin, sont seuls capables de nous démontrer l'existence, la forme et l'intensité de l'atrésie.

Les données que vous obtiendrez de cette façon diffèrent suivant le degré des lésions.

Par la vue, vous vous rendrez compte de l'état de la vulve et du périnée. Si vous n'avez à faire qu'à de simples brides cicatricielles isolées « *cas de Barnes. Traité clinique des maladies des femmes. Paris, 1876* » le toucher vaginal sera possible et vous indiquera la consistance, la forme, la direction, la longueur de ces cloisons de néoformation ; mais elles peuvent coexister avec la sténose du conduit, qui ne permet l'entrée du doigt que sur une certaine profondeur et parfois pas du tout. Si vous parvenez à pénétrer, vous pourrez sentir des parois irrégulières, anfractueuses, fibreuses, résistant à la pression.

Dans les cas où la sténose vaginale ne permet aucune exploration digitale, le toucher rectal pourra vous fournir des indications précieuses. Seul ou associé au cathétérisme de la vessie, il nous permettra

de limiter l'épaisseur des parties molles fibreuses ; vous parviendrez ainsi en arrière du point cicatriciel, lorsqu'il n'est pas trop étendu. Ce fut le cas chez notre malade ; j'eus l'occasion, huit jours après l'opération, de faire le toucher rectal en vue d'extraire les matières fécales accumulées ; cet examen n'avait pu être pratiqué plus tôt, par suite des brûlures et de l'état de l'anus. A ce moment-là, je perçus nettement la différence qui existait entre le cordon dur et tendu qui représentait l'extrémité inférieure du vagin et son tiers supérieur normal. Enfin, par ce mode d'exploration, vous pourrez vous rendre compte approximativement de l'état du col, de l'engagement, si le travail est commencé, et de la présentation.

Le dernier procédé auquel vous puissiez avoir recours dans les cas intermédiaires entre ceux dont nous venons de parler, où le toucher vaginal est impossible, bien que le vagin soit perméable, et ceux où l'occlusion est complète, consiste dans l'exploration au moyen d'instruments de petit calibre, tel que l'hystéromètre. En agissant avec prudence vous parviendrez à délimiter la forme de votre conduit vaginal et l'étendue de la sténose. Chez notre malade, après avoir parcouru la partie atrésiée, l'extrémité de l'hystéromètre était libre dans la cavité vaginale et la perception en était très nette.

Je signalais plus haut la prudence avec laquelle ces manœuvres doivent être faites, car il ne faut pas at-

teindre l'utérus dont on pourrait susciter les contractions.

Disons, en terminant ce chapitre, que lorsque l'occlusion du vagin est complète, nous pourrions voir survenir brusquement un début de travail. En effet il y a rétention des sécrétions utérines au-dessus de l'atrésie ; leur accumulation peut jouer le rôle de corps étranger et irriter le muscle utérin. Aussi sera-t-il bon à la suite d'accidents survenant durant la grossesse, tels que tentative d'avortement, de veiller à ce que le vagin ne s'oblitére pas complètement.



Conséquences — Complications — Traitement

Nous comprendrons facilement toutes les funestes conséquences de pareilles atrésies lorsque nous songerons à ce que deviennent les parois vaginales au moment de l'accouchement.

Quand la tête fœtale appuie sur le périnée et se présente à la vulve, les parties molles se distendent au point de livrer passage à un corps de 34 à 35 centimètres de circonférence en moyenne. L'extensibilité et l'élasticité des parois sont seules en jeu.

A la suite d'une cicatrice les tissus se rétractent et toute ampliation devient impossible. Nous devons donc nous demander quel traitement est le plus rationnel dans de telles circonstances ?

Avant de penser à une intervention, il faut se rappeler que la grossesse imprime un ramollissement assez considérable aux parois du vagin et que souvent, lorsque la sténose a été légère, les organes génitaux externes se laissent distendre ; l'enfant naît

spontanément. Lorsque le pronostic a été porté dans ce sens, le médecin n'a qu'une chose à faire : attendre.

Il est loin d'en être toujours ainsi. Avec les doigts l'accoucheur doit souvent intervenir. Il vient en aide à la femme soit en malaxant les tissus et en facilitant ainsi leur distension, soit en rompant de légères brides. Dans le cas rapporté par M. le professeur Pinard, la membrane cicatricielle s'amincissait à un tel point durant les efforts d'expulsion qu'il put la perforer avec un hystéromètre et dilater l'ouverture avec les doigts. L'accouchement se termina normalement. Trélat cite un cas de femme enceinte avec légère atrésie vaginale ; la pression avec le doigt suffit à rompre la résistance.

Lorsque la sténose est plus prononcée, l'intervention devient plus compliquée et en même temps plus dangereuse. Naturellement nous ne nous sommes pas occupés d'intervention durant la grossesse car nous nous serions trouvés en présence de deux opérations inadmissibles, l'avortement ou l'accouchement prématuré. La première ne mérite qu'une simple mention ; quant à la seconde nous ne pouvons l'admettre. Il est en effet bien démontré aujourd'hui qu'à terme seulement un enfant a tous ses organes bien développés, spécialement son système nerveux. Dans ces conditions seules il peut se bien porter et ne pas faire plus tard un débile ou un dégénéré. Nous rejetons donc cette intervention puisque l'opération césarienne con-

sératrice ou suivie de l'ablation de l'utérus, si elle est indiquée, peuvent sauver et la mère et l'enfant.

Arrivée au terme de sa grossesse, la femme peut ignorer l'état de son vagin surtout si la sténose est survenue à la suite d'un accouchement laborieux ou d'une maladie infectieuse. La fécondation a été opérée sans trop de difficultés. L'utérus s'est développé d'une façon normale et régulière ; la présence d'une atrésie ne saurait en rien l'en empêcher et si nul accident, nulle autre affection, si des doutes sur la réalité de la grossesse ne viennent au cours de la gestation provoquer un examen du conduit vaginal, la femme atteint l'époque de la délivrance sans voir la première partie du travail entravée. Si elle connaît l'état de ses organes les conditions de l'accouchement seront malgré tout identiques.

Au-dessus de l'obstacle le col s'efface, se dilate, le fœtus s'engage et vient s'appliquer sur les parois vaginales atrésiées sans pouvoir être expulsé ; que fera-t-on ? Ou la section des brides suffit pour que l'accouchement se termine seul, ou cette section doit être accompagnée d'une manœuvre obstétricale telle qu'une application de forceps.

Lorsque l'occlusion vaginale n'est pas complète, lorsque les brides ne sont pas trop considérables, la simple section donne de bons résultats, témoin l'observation rapportée par Hubert de Louvain qui employa avec succès ce procédé dans deux accouche-

ments successifs. Zimmerman cite l'histoire d'une femme opérée par Pestalozzi « le doigt était arrêté à 4 centimètres de la vulve par un rétrécissement dur et tendu. On fit d'abord une dilatation progressive puis la section de la bride. L'accouchement eut lieu immédiatement. Les suites de couches furent normales. » Ces résultats heureux ont été obtenus dans des cas de sténose limitée du vagin, mais ces débridements sont trop longs ou ne suffisent plus lorsque le tissu cicatriciel occupe une certaine étendue ; ainsi dans l'observation de Lombard de Genève on parvint à créer une voie au fœtus entre le rectum et la vessie accolés mais l'utérus était déjà rompu et l'enfant était passé dans la cavité abdominale.

Dans des cas semblables, ces sections exigent de grandes précautions car il est essentiel d'éviter et la vessie et le rectum. A ces inconvénients il faut ajouter : les dangers que peuvent faire courir à la malade des hémorragies souvent abondantes, la crainte de fistules consécutives et l'infection pour laquelle ces plaies sont une porte ouverte. Enfin durant les contractions utérines et les efforts d'expulsion ces simples incisions peuvent dégénérer en déchirures, c'est dire qu'elles ne suffisent toujours pas. Nous voyons Gallois faire une incision transversale de la cicatrice sur deux centimètres de long, puis une sonde métallique étant dans la vessie, un doigt dans le rectum, il disséqua le vagin sur un centimètre de long et

arriva sur la poche des eaux qu'il rompit. L'hémorragie était sérieuse, la tête fœtale ne pouvait faire tampon. Il introduisit le ballon de Champetier de Ribes; mais la femme ne put le supporter. L'hémorragie était abondante, il fit une application de forceps et amena un enfant vivant de 2.680 grammes. Périnée intact. Les suites de couches furent normales.

Le Roy de Langevinière à la Maternité de Caen, observa une femme qui présentait à mi-hauteur du vagin une cloison épaisse transversale. Il fit une incision au ciseau, puis une application de forceps. Les suites de couches furent pathologiques et la guérison exigea deux mois d'hôpital.

Ory chez une femme présentant à quatre centimètres de la vulve un cloisonnement transversal fit quatre débridements, puis un forceps, il eut un succès. En est-il toujours ainsi? L'observation de Bar, citée plus haut, nous démontre que non; il dut finir par où il aurait dû commencer, par une laparotomie. La malade guérie. Elle eut plus de chance que celle opérée par Tarnier à la Maternité; celle-ci subit plusieurs débridements suivis d'une application de forceps; la conséquence en fut une fistule vésico-vaginale puis la mort « Tarnier et Budin ».

Nous ne parlerons pas bien entendu de l'embryotomie sur un enfant vivant. Par suite de l'étroitesse du vagin, elle est dangereuse pour la mère elle-même et, si Kessler a vu sa malade quitter l'hôpital au bout

de 17 jours, Bénické vit sa femme mourir 10 jours après l'opération.

Nous arrivons enfin à un quatrième ordre de sténose vaginale dont le résultat est l'extraction du fœtus par la voie abdominale, nous voulons parler de l'opération césarienne suivie ou non de l'ablation de l'utérus. Disons immédiatement que nous sommes partisan de l'opération césarienne accompagnée de l'hystérectomie abdominale totale ou de l'amputation utéro-ovarienne. Il est bien entendu qu'il s'agit de cas d'atrésie en surface, le rétrécissement est étendu, les tissus ne jouissent d'aucune extensibilité. Notre observation en est un exemple frappant.

Kayser en 1893 communiqua deux observations d'opération césarienne pour atrésie de vagin, faites dans le service de son chef Lohlein. A ce sujet il énumère les faits semblables contenus dans la littérature médicale, autant qu'il a pu la mettre à contribution, dit-il lui-même. Il signale ainsi 15 cas d'opération césarienne conservatrice. Dans le traité d'accouchements de Tarnier et Budin on trouve ajoutés à ces 15 observations deux nouveaux faits, l'un de Saxinger publié par Barnstedt et l'autre de Madurowicz : mais d'après nos recherches bibliographiques il nous a été prouvé que ce dernier cas et celui de S. Braun, signalé par Kayser, étaient identiques. Nous n'avons donc plus que 16 observations avec six décès, c'est-à-dire 37, 5 % de mortalité.

Quant aux opérations de Porro, dans le traité de Tarnier et Budin, il est ajouté trois observations, deux d'Ikeda, l'autre de Fritsch, publiée par Courant, aux dix-huit soi-disant rapportées par Kayser. Or cet auteur dit textuellement : « l'opération de Porro a été mainte fois tentée pour atrésie de l'orifice de la matrice ou de sténose vaginale. Je citerai entre autres les cas de Weiss, Wiedow, Veydlich (2), Martinetti, Spaëth, Solowieff et Fritsch (3) » ; mais ceci nous fait dix observations au lieu de huit et l'auteur allemand nous laisse entrevoir que ce ne sont pas les seules. Nous ne pouvons d'après ces faits donner un pourcentage.

Enfin notre observation personnelle nous permet de relater la première hystérectomie totale pratiquée pour atrésie vaginale, avec double succès, au terme de la grossesse, au lieu de la section césarienne ou de l'opération de Porro. D'ailleurs, si, comme le dit Kayser, l'extraction de l'enfant par la voie abdominale a été pratiquée plusieurs fois à l'étranger, spécialement en Allemagne, pour lésions cicatricielles des parties molles, dans nos recherches bibliographiques nous n'avons trouvé aucun cas français.

Après les quelques faits que nous venons d'énumérer il est bien difficile de comparer la valeur de l'hystérectomie abdominale totale par rapport à la césarienne conservatrice et à l'opération de Porro.

La césarienne conservatrice toutefois n'a guère de partisans. Elle expose aux hémorrhagies par inertie ;

ainsi sur 76 faits relatés dans la statistique de Léopold et Haake, dans 6 pour cent des cas on eut à lutter contre l'atonie pendant l'opération « *Bar. — Leçons de patholog. obstétricale* ». En 1869, Storrar de Boston excisa l'utérus après une césarienne afin d'arrêter l'hémorrhagie.

Elle expose à la rétention des lochies ; Kayser attribue les insuccès de Levy et Galabin à l'impossibilité où se trouvait le flux lochial de s'écouler librement.

Elle permet de nouvelles grossesses et par ce fait la femme se trouve exposée à de nouveaux dangers. Enfin elle n'écarte pas les accidents infectieux.

Dans notre cas particulier l'écoulement des menstrues à l'extérieur aurait été plus tard complètement insuffisant.

Quant aux choix entre l'opération de Porro et l'hystérectomie abdominale totale il est difficile. La première, dit Pozzi, prédispose aux éventrations et la guérison en est plus lente. Par suite de la rétraction des tissus le vagin n'est pas seulement rétréci, il est encore raccourci « *Dict. des sciences médicales. Art. vagin* » ; or, il nous semble que ce raccourcissement associé à l'inextensibilité peuvent aussi rendre difficile l'amputation utéro-ovarique. Elle ne met pas d'une façon absolue à l'abri des sécrétions qui demandent à être expulsées au dehors.

Enfin l'obligation d'appliquer sur le col une ligature afin d'assurer l'hémostase nous paraît être peu con-

forme aux données actuelles de la chirurgie, d'autant plus que cette opération mutile la femme autant que l'hystérectomie abdominale totale.

A ces inconvénients on peut opposer la sécurité plus grande que l'on a au point de vue de l'aseptie péritonéale, puisque l'utérus a été ouvert au dehors de l'abdomen, alors que dans l'hystérectomie abdominale totale on ouvre un vagin qui par suite de son atrésie n'a pu être que difficilement désinfecté.

Nous dirons avec Pozzi que la vérité ne réside pas dans une proscription absolue de l'une ou de l'autre méthode, elle est plutôt dans un choix raisonné selon les cas déterminés.



Conclusions

I. Pendant la gestation.

(a) L'atrésie complète du vagin ne comporte aucun traitement.

(b) Dans les cas de simples rétrécissements éviter l'oblitération par l'introduction de mèches, drains, etc.

II. Pendant l'accouchement.

(a) En face de sténoses peu prononcées l'expectation pure et simple ou accompagnée de décollements digitaux, d'incisions ou de débridements, peut être suffisante, « voie vaginale. »

(b) Lorsque le pronostic est douteux il faut se tenir prêt à intervenir par la voie abdominale.

(c) L'hystérotomie conservatrice est à rejeter.

(d) L'opération césarienne suivie de l'amputation

utéro-ovarienne ou de l'hystérectomie abdominale totale est la seule ressource de l'accoucheur en présence d'un rétrécissement extrême ou d'une atésie complète du vagin.

Vu le Président de la Thèse,
PINARD.

Vu : le Doyen,
P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.



Index Bibliographique

- ALBUCASIS. — Pratica, sect. 2, cap. XIX. De Clausura pudendi (Trad. Leclerc).
- ANNALES DE GYNÉCOLOGIE. — Février 1897, Pinard-Second).
- ARCHIVES DE MÉDECINE. — 1831, T. I. (Lombard).
- ASTRUC. — Traité des maladies des femmes, 1761, t. I.
- AVICENNE. — Opéra ; Venetiis, 1607, in-fol., T. I. tract. IV, lib. 3, cap. I et II (Delaunay).
- BAR. — Leçons de pathologie obstétricale 1900.
- BENICKE. — Zeitschrift für Geburtshülfe und gynækologie 1878, « Revue des Sciences médicales, n° 34 ».
- CAZEAUX et TARNIER. — Traité théorique et pratique de l'art des accouchements, 1840.
- CHURCHILL. — Traité pratique des maladies des femmes (Trad. Leblond, 1881).
- DELAUNAY. — Etude sur le cloisonnement transversal du vagin, Th. de Paris 1877.

Dictionnaire des sciences médicales : Article vagin, article vulve.

GALLOIS. — Le Dauphiné médical, novembre 1891.

HIPPOCRATE. — Œuvres complètes, trad. Littré, 1861, t. VIII.

HUBERT DE LOUVAIN. — Cours d'accouchement, 1878.

JACQUEMIER. — Manuel des accouchements, 1846, t. II, p. 185.

KAYSER. — Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynækologie, 1893, XXVII.

KESSLER. — Berlin Klinisch Woch, 1887. « Revue des sciences médicales, n° 62 ».

LE ROY DE LANGEVINIÈRE. — Archives de tocologie, 1876, p. 306.

LISFRANC. — Cliniques chirurgicales de l'hôpital de la Pitié. Paris 1841-1843.

MANUEL MURO Y ARRIVILLAGA. — Journal de chirurgie de Malgaigne, 1845, p. 346.

ORY. — Archives de tocologie. Paris 1883, p. 118.

PILAT. — Annales de gynécologie, 1882, t. I, p. 133.

POLAILLON. — Affections chirurgicales du tronc, t. II.

POZZI. — Traité de gynécologie, 1897.

PUECH. — Atrésie des voies génitales chez la femme, 1864.

RIVIÈRE LAZARE. — La pratique de la médecine, trad. de Roze. Lyon, 1682, t. II.

SENNERT. — Opera, Lyon 1650, 3 vol. ; pract., lib. IV, pars. I, sect. I, cap. I.

SCHAUTA. — Zwei Porrooperationem bei vaginalatrésie. — Schauta et O. Veydlich, Berlin Klinisch Woch, n° 22 et 54, « Revue des sciences médicales, n° 65. »

TARNIER ET BUDIN. — Traité de l'art. des accouchements, t III, 1890.

ZIMMERMANN. — Revue des sciences médicales, octobre 1891.

